FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THÈSE — N° 512

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 22 Juillet 1905, à 1 heure

PAR

Théodore ANTHOINE

Inspection de l'Abdomen

D'après la Méthode de Sigaud, de Lyon

Notions qu'elle fournit sur l'Appareil digestif

Président : M. HUTINEL, *professeur*

Juges { MM. TROISIER, *agrégé*
THIROLOIX, *agrégé*
GOUGET, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Henri JOUVE
15, RUE RACINE, 15
1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (André	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MARIE-LOUISE ANTHOINE

MA CHÈRE SŒUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

PRÉFACE

Le 29 janvier 1904, notre ami le Dr Léon Mac-Auliffe faisait à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr Jacquet, médecin des hôpitaux, une conférence sur les procédés d'Exploration Externe du Tube Digestif.

Frappé par l'importance de ces recherches récentes qui furent exposées par le Dr Mac-Auliffe avec une éloquence et une clarté persuasives, nous ne perdîmes point le souvenir de cette intéressante leçon clinique.

Et, l'heure venue, quand il nous fallut choisir un sujet de thèse, notre choix nous sembla tout indiqué et notre attention se porta de nouveau sur les procédés d'Exploration Externe du Tube Digestif.

Le Dr Chaillou, médecin de l'Institut Pasteur, et notre ami le Dr Léon Mac-Auliffe voulurent bien guider nos premières recherches et nous initier à ces études nouvelles.

Nous devons aussi à leur extrême obligeance d'avoir pu reproduire plusieurs photographies qui ne peuvent qu'ajouter à l'intérêt de ce travail, et nous regrettons que nos modestes ressources ne nous aient pas permis d'en augmenter le nombre.

Nous prions ces deux confrères et amis de vouloir bien agréer l'expression de notre gratitude.

Nous adressons, de même, à M. le Dr Sigaud, de Lyon, l'assurance de nos sentiments dévoués et reconnaissants.

Enfin, nous remplissons un devoir et nous nous soumettons à une coutume très agréable en rappelant ici le nom de nos Maîtres des hôpitaux à qui nous sommes redevable de notre éducation scientifique : M. le professeur Lannelongue, MM. les Drs Campenon, Cuffer, Huchard et Maygrier. Nous leur exprimons notre inaltérable reconnaissance.

M. le professeur Hutinel a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. C'est un honneur dont nous sentons tout le prix et nous sommes heureux d'exposer devant cet esprit éminent, des recherches nouvelles dont l'importance scientifique ne peut que s'affirmer dans l'avenir.

INSPECTION DE L'ABDOMEN

D'APRÈS

La Méthode de Sigaud (de Lyon)

—

Notions qu'elle fournit sur l'Appareil digestif.

INTRODUCTION

L'inspection de l'abdomen d'après la méthode de Sigaud, de Lyon, est un des nouveaux moyens d'investigation connus sous la dénomination générale d'Exploration Externe du Tube Digestif.

A côté des ventres symétriques ou asymétriques, déformés par des tumeurs, des épanchements gazeux ou liquides, etc., il est toute une catégorie de ventres sans dissymétrie prononcée et dont l'étude particulièrement facile offre un grand intérêt.

A première vue, l'inspection abdominale ne paraît pas constituer un nouveau moyen d'investigation clinique. L'exploration physique du ventre est de pratique vulgaire et les Traités classiques de Méde-

cine contiennent tous un paragraphe intitulé : *Inspection de l'abdomen.*

Cependant, si nous étudions les photographies d'abdomens récemment publiées (1), voire les statues ou les tableaux de nos jardins et de nos musées publics, à plus forte raison si nous nous référons à la nature elle-même, c'est-à-dire à l'observation de ventres de malades et de sujets sains, nous voyons s'objectiver des faits d'une importance considérable, mais qui ont été passés sous silence.

Sans connaître les travaux de Sigaud de Lyon, quelques médecins, Schwerdt(2) par exemple, avaient songé à comparer et à interpréter les différents aspects morphologiques de l'abdomen dans les deux stations, debout et couchée.

Ils avaient observé des faits nouveaux, mais les modifications de la morphologie abdominale dans les deux stations leur paraissaient imputables aux modifications mécaniques de la paroi et s'ils avaient tenté une classification des saillies et des aplatissements du ventre, c'était pour catégoriser quelques symptômes morbides sous le titre des dilatations et des ptoses.

D'autres, comme Eichhorst, ont voulu envisager

---

1. Voir entre autres ouvrages : Stratz. *La beauté de la femme.* Traduit de l'allemand par Robert Waltz. Paris. Gautier, Magnin et Cie.

2. C. Schwerdt. « Enteroptose und intraabdominater Druck » dans *Deutsche medezinische Wochenschrift*, 1896, nos 4, 5 et 6.

par l'inspection abdominale tout ou partie de l'appareil digestif, mais dans les conditions naturelles cette inspection leur semblait peu fructueuse et ils ont eu recours au procédé si dangereux de Frerichs (1) pour délimiter les viscères abdominaux.

Sigaud, de Lyon, dont le principal mérite est d'avoir appliqué aux études cliniques la doctrine évolutionniste, a montré qu'il y avait mieux à faire.

Ses découvertes les plus importantes découlent de ce principe que l'organisme doit être envisagé comme un corps en perpétuel changement et les maladies comme des accidents en partie déterminés, au moins dans la plupart des cas et dans le sens strict du mot, par l'évolution même de l'organisme qu'elles frappent.

Dès le début des travaux du médecin lyonnais, — il y a plus de douze ans, —son attention, ainsi que celle de son collaborateur Léon Vincent, fut attirée sur l'étude du ventre.

Cependant que Glénard qui fut leur initiateur dans leurs recherches sur l'appareil digestif, édifiait l'entéroptose, nouvelle entité morbide, Sigaud et Léon Vincent, uniquement guidés par l'esprit d'analyse, collectionnaient, si l'on peut dire, les signes fournis par l'inspection, la palpation et la percussion abdominales (Voir *Revue de Médecine* : C. Sigaud, « Etudes cliniques sur les variations de forme et de volume de

---

1. Le procédé de Frerichs consiste à distendre artificiellement l'estomac par l'acide carbonique.

l'abdomen ». « Notions générales sur la sonorité de l'abdomen » 1899)

Un important faisceau de faits ainsi recueilli, la synthèse des observations se fit d'elle-même et c'est ainsi que l'idée d'évolution prit naissance dans l'esprit des deux cliniciens.

Cette méthode de travail et cette idée directrice firent qu'ils découvrirent toute une série de nouveaux procédés d'investigation décrits par eux et par leurs élèves sous la dénomination *d'Exploration Externe du Tube Digestif* et dont on trouvera la description dans un nombre déjà considérable d'ouvrages et d'articles parus tant en France qu'à l'étranger.

Certains de ces procédés, la percussion abdominale entre autres, qui n'a pas seulement pour but la délimitation des organes mais aussi l'interprétation de la valeur des sons obtenus au point de vue de la hauteur, de l'intensité et du timbre, entraînent des recherches de physique pure et en particulier d'acoustique qui ont fourni déjà des données certaines.

Notre initiation à ce genre de recherches est encore trop récente pour que nous ayons pu aborder ces grands problèmes. Au reste, MM. Chaillou, médecin de l'Institut Pasteur et Léon Mac-Auliffe, poursuivent des études à cet effet au Laboratoire de Phonétique expérimentale du Collège de France. Ils ont pu, depuis deux ans déjà, enregistrer les sons obtenus, et l'analyse microscopique des vibrations est à l'heure actuelle l'objet de leurs travaux.

Il nous était impossible, d'autre part, d'embrasser

dans cette thèse, l'ensemble des divers procédés d'exploration externe. Il a fallu nous limiter.

Aussi avons-nous choisi pour sujet de cet opuscule le procédé de recherches le plus facile, celui dont la pratique ne nécessite aucune éducation préalable, celui qui, sans permettre autant que les autres d'interpréter l'essence même des faits, nous a paru assez riche en démonstrations objectives pour retenir l'attention des cliniciens, et provoquer chez eux le désir de faire plus ample connaissance avec ces curieux et nouveaux moyens d'investigation.

CHAPITRE I

Division du sujet. — Le but de l'inspection de l'abdomen, d'après la méthode de Sigaud, est de renseigner le médecin sur la morphologie abdominale envisagée dans ses rapports avec les différents états évolutifs et fonctionnels du tube digestif.

L'inspection de l'abdomen, telle que la préconisent les classiques, constitue déjà un excellent instrument d'études, signalé pour la première fois par Devergie (1), dans sa thèse inaugurale et dont l'importance s'est de jour en jour affirmée avec les progrès de la clinique.

Nous avons rapporté dans le tableau ci-dessous une liste que nous nous sommes efforcé de rendre très complète, des différentes maladies médico-chirurgicales (fonctionnelles et organiques) dont l'inspection abdominale peut éclairer et préciser le diagnostic. La topographie exacte des affections abdominales

---

1. Devergie. *Essai sur l'exploration de l'abdomen, à l'aide de la vue et du toucher.* Paris, Didot, 28 juin 1823, nº 37, in-4°.

Voir sur l'historique de la question : Léon Mac-Auliffe. « Etude historique sur l'Exploration Externe du Tube Digestif » dans : *Presse médicale,* nº 73, 10 septembre 1902.

étant le plus souvent mal délimitée, il nous a été impossible d'en tenter une classification et nous nous excusons à l'avance d'avoir été obligé de les nomenclaturer :

Abcès du foie (hépatite aiguë) ;

Abcès de la fosse iliaque ;

Abcès gazeux sous-diaphragmatique (Debove et Rémond) ;

Abcès de l'ombilic ;

Abcès des parois abdominales ;

Abcès péri-appendiculaire ;

Abcès de la rate ;

Abcès sous-diaphragmatique (pyopérihépatite) *ou sous-phrénique ;*

Actinomycose de l'abdomen ;

Anévrisme de l'aorte ;

Angiocholite ;

Annexites (péritonites localisées) ;

Appendicite ;

Ascite ;

Brûlures de l'abdomen ;

Cancer des capsules surrénales ;

Cancer des conduits extra-hépatiques ;

Cancer de l'estomac ;

Cancer du foie ;

Cancer de l'intestin ;

Cancer de l'ombilic ;

Cancer du pancréas (dilatation de la vésicule biliaire) ;

Cancer du péritoine ;

Cancer du rein (surtout sarcomes infantiles);
Cancer de la vésicule biliaire ;
Cirrhose du foie (hypertrophique);
Colique hépatique ;
Colique saturnine ;
Congestion passive du foie ;
Contusions de l'abdomen ;
Contusions du foie ;
Contusions des organes abdominaux ;
Contusions de la rate ;
Contusions du rein ;
Contusions de la vessie ;
Crises gastriques ;
Cystocèles ;
Déchirures de l'intestin ;
Déchirures de la capsule et du parenchyme splénique ;
Déplacements de l'estomac ;
Dermatoses de l'abdomen ;
Dislocation verticale de l'estomac ;
Distension vésicale ;
Distomatose du foie (cirrhose hypertrophique, angiocholite, etc.);
Ecchymoses des parois abdominales ;
Ectopie splénique ;
Entéro-hépathocèle ;
Entéroptose (1);

---

1. Nous citons dans cette nomenclature l'entéroptose, alors que nous pensons avec Léon Vincent qu'elle n'est pas une

Epiplocèles ;
Etranglement herniaire ;
Eventrations sous-ombilicales ;
Exstrophie de la vessie ;
Fibromes du bassin ;
Fibromes de l'estomac ;
Fibromes des parois abdominales ;
Fibromes du péritoine ;
Fibromes utérins (sous-péritonéaux) ;
Fistules biliaires ;
Fistules intestinales ;
Fistules de l'ombilic (cancer de l'estomac) ;
Fistules pyo-stercorales ;
Fistules réno-cutanées ;
Fistules réno-lombaires ;
Fistules urétéro-cutanées ;
Fistules vésico-cutanées (hypogastriques) ;
Grossesse extra-utérine ;
Grossesse tubaire ;
Hépatocèle ;

---

entité morbide, mais seulement un épisode ou une terminaison de l'atonie des voies digestives (Voir Léon Vincent. *Traité de l'Exploration manuelle des organes digestifs.* Paris, Doin, 1898). Bien que la clinique tende actuellement « à dissocier les vieilles entités morbides classiques qui, pour la plupart, ne sont que des syndromes essentiellement complexes et variables à l'infini », nous avons cru devoir tenir compte dans une thèse des expressions généralement employées dans les livres et de la terminologie médicale courante.

Hernies ;

Hydatides du foie, etc. ;

Hydro-épiplocèle ;

Hydronéphrose ;

Hydropisie de la vésicule biliaire ;

Hystérocèle ;

Invagination intestinale (dépression du flanc droit, signe de Dance) ;

Kystes du bassin (iliaques) ;

Kystes des capsules surrénales (kystes hématiques surtout) ;

Kystes du foie (alvéolaires, hydatiques) ;

Kystes des ligaments larges ;

Kystes du mésentère ;

Kystes de l'ouraque ;

Kystes de l'ovaire ;

Kystes du pancréas ;

Kystes paranéphrétiques ;

Kystes paravésicaux ;

Kystes du péritoine (hydatiques) ;

Kystes de la rate (hématiques, hydatiques, séreux) ;

Kystes du rein (hydatiques, séreux simples) ;

Laparocèle ;

Lésions traumatiques de l'estomac, du foie, etc. ;

Lipomes des capsules surrénales (cas de Byford) ;

Lipomes des ligaments larges (cas de Terrillon et de Pozzi) ;

Lipomes et pseudo-lipomes de mésentère ;

Lipomes sous-péritonéaux (cas de Broca père et de Candy d'Agde) ;

Maladies des muscles de l'abdomen (atrophie, etc.) ;

Météorisme ;

Myomes utérins ;

Myomes du bassin (cas de Berger) ;

Myomes du péritoine ;

Néphroptose ;

Obésité ;

Obstruction de l'estomac ;

Obstruction de l'intestin par calculs biliaires (ballonnement).

Obstruction de l'intestin par corps étrangers et entérolithes ;

Obstruction stercorale (météorisme) ;

Occlusion intestinale (cœcale surtout) ;

Omphalocèle urinaire ;

Ovaricocèle ;

Pancréatites ;

Paraappendicite ;

Pelvipéritonite (météorisme) ;

Perforations biliaires (épanchement aseptique, etc., etc.) ;

Perforations de l'estomac (abcès gazeux sous-phrénique) ;

Perforations intestinales ;

Périnéphrite suppurée (phlegmon périnéphritique) ;

Péritonites ;

Phlegmon de la fosse iliaque ;

Phlegmon du ligament large (plastron abdominal de Chomel) ;

Phlegmon des muscles droits ;

Phlegmon des parois abdominales ;

Phlegmon périhépathique ;

Phlegmon périnéphrétique ;

Phlegmon périsplénique (typhus, dothiénentérie, etc.) ;

Phlegmon sous-ombilical ;

Phlegmon sous-péritonéal ;

Piqûres du rein (cas de Fallope et de Garengeot) ;

Plaies de l'abdomen (non pénétrantes, pénétrantes) ;

Plaies du foie ;

Plaies des hernies ;

Plaies du pancréas ;

Plaies de la rate ;

Plaies du rein ;

Plaies de l'uretère ;

Plaies de la vessie ;

Pouls veineux hépatique (insuffisance tricuspidienne) ;

Psoïtis ;

Pyélonéphrite avec distension ;

Pyonéphrose ;

Raie méningitique (méningites) ;

Réflexe abdominal (hémiplégie) ;

Rétention d'urine ;

Rétrécissements de l'estomac ;

Rétrécissements du pylore (ondes péristaltiques) ;

Rétrécissements fibreux de l'intestin ;

Ruptures biliaires (épanchement, etc.) ;

Ruptures des hernies ;

Ruptures des kystes ovariens (affaissement de la tumeur);

Ruptures des muscles de l'abdomen;

Ruptures de la rate (teinte ecchymotique localisée de l'abdomen) ;

Ruptures de l'uretère (tuméfaction lombaire douloureuse) ;

Ruptures utérines (déformation particulière du ventre) ;

Ruptures de la vessie (tumeur hypogastrique due aux adhérences péritonéales) ;

Spasme du pylore (contractions péristaltiques, etc., etc.) ;

Splénite;

Splénomégalie ;

Sténose du pylore;

Syphilis du foie (cirrhose) ;

Syphilis du pancréas (ascite et tumeur, cas de Drozda) ;

Tuberculose de l'intestin (ascite, tuméfaction de la fosse iliaque, etc.) ;

Tuberculose du péritoine;

Tumeurs abdominales;

Tympanite hystérique.

Cette liste de troubles fonctionnels et de lésions organiques montre la valeur de l'inspection de l'abdomen comme moyen de diagnostic.

Est-il utile d'ajouter que ce procédé renseigne encore sur l'âge d'une grossesse, qu'un seul coup d'œil sur l'état de la peau abdominale chez la femme,

en permettant d'observer les vergetures caractéristiques, fait dépister des grossesses antérieures ?

Néanmoins, il est bon de savoir que les vergetures ne sont pas pathognomoniques de la grossesse. On les observe même chez l'homme, en particulier chez les obèses, toutes les fois que la peau a dû céder sous l'influence d'une augmentation brusque et excessive du contenu abdominal.

Chez ces malades elles sont la marque indélébile d'une saillie autrefois plus marquée de l'abdomen, ce qui, nous le verrons dans les chapitres suivants, renseigne le médecin sur l'évolution du tube digestif examiné.

Au reste, la valeur diagnostique des vergetures ressortit toujours à l'inspection abdominale telle que la préconise Sigaud. En effet, elles caractérisent une distension marquée du contenu abdominal et dans l'immense majorité des cas une distension rapide et épisodique du tube digestif. C'est ainsi que chez la femme, les vergetures ne dépendent pas seulement du nombre des grossesses, de la quantité trop considérable du liquide amniotique, de grossesses gémellaires, etc. Dans un nombre très important de cas, elles sont liées à une distension brusque et excessive du tube digestif. Nous trouvons la preuve clinique de notre assertion dans ce fait facile à contrôler que ce sont les femmes dont le ventre a été gros dès les premiers mois ainsi que celles qui avec un utérus modérément développé ont présenté à la fin de la

grossesse une énorme saillie abdominale qui montrent le plus de vergetures.

Réciproquement, les femmes dont le tube digestif s'est peu distendu au cours de la grossesse en présentent peu et, dans des cas exceptionnels, n'en présentent pas.

La saillie de l'abdomen concomitante à la grossesse persiste d'ailleurs très fréquemment après l'accouchement sous la forme d'un gros ventre notable (hypermégalie abdominale de Sigaud).

De même, les battements aortiques ne sont perceptibles à l'inspection que chez des sujets dont le ventre s'excave dans la station couchée, en particulier dans la forme de ventres que nous décrirons plus loin sous le nom d'abdomen *creux*. Ils ne deviennent visibles à l'œil nu que par suite de la faible tension et de l'affaissement de la masse gastro-intestinale et sont moins souvent observés dans la station debout que dans la station couchée.

Ceci nous amène à poser ce premier principe que la forme du ventre n'est jamais invariable.

Si non contents d'envisager l'abdomen d'un seul coup d'œil, pour apprécier son aspect général, nous observons la forme du ventre chez le même individu sain ou malade, quelle moisson de faits nouveaux allons-nous recueillir !

Qui ne sait reconnaître par l'examen de la physionomie d'un homme quelconque son âge approximatif, et par là même, au moins dans une certaine mesure, sa valeur vitale ?

Ayant envisagé la morphologie abdominale à la fois dans l'espace et dans le *temps*, Sigaud, de Lyon, nous a fourni les moyens d'étudier la physionomie de l'abdomen, à des étapes successives de la vie.

Ainsi que nous le verrons plus loin, l'abdomen subit, au point de vue morphologique, les oscillations de la forme de l'appareil digestif dont il contient la majeure partie.

Mais la morphologie d'un appareil ne peut varier que par suite de ses modifications vitales. D'autre part, la physiologie nous apprend que vie et fonction se confondent.

En dernière analyse, l'inspection abdominale va donc nous renseigner sur le fonctionnement du tube digestif, la fonction d'un appareil et son évolution étant indissolubles.

Il nous paraît inutile d'insister sur la valeur et l'importance de l'inspection abdominale envisagée de cette façon.

Nous aurons seulement à préciser ce que nous entendons par évolution et à donner la preuve que dans l'immense majorité des cas la forme des parois abdominales et de l'appareil digestif sous-jacent se modifient en même temps et que *contenant* et *contenu* forment un ensemble homogène, au point de vue morphologique.

CHAPITRE II

Idée générale de l'évolution de l'homme. — Interprétation des variations morphologiques de l'abdomen. — L'état et la forme du tube digestif déterminent dans l'immense majorité des cas l'état et la forme de l'abdomen.

Le mouvement d'un corps est complètement connu quand on connaît sa trajectoire et sa position sur cette trajectoire à un instant donné. Tel est un des principes élémentaires de la mécanique.

Indépendamment des affections signalées plus haut dans notre nomenclature, l'inspection de l'abdomen, telle que la préconise Sigaud, indique grossièrement quelle est la position du tube digestif sur la trajectoire évalutive générale de l'organisme ; pour nous exprimer d'une façon plus élémentaire, l'inspection abdominale peut préciser à quelle étape de son évolution se trouve le tube digestif du sujet examiné et renseigner sur le chemin déjà parcouru par cet appareil depuis la naissance jusqu'à l'état actuel.

Chose étrange, cette idée de l'évolution de l'organisme humain est une idée nouvelle en médecine. Bien que depuis Darwin l'idée d'évolution en général ait fécondé les sciences naturelles, les médecins

ne se sont jamais préoccupés d'étudier *systématiquement* les étapes successives parcourues par l'organisme humain, sain ou malade, dans ses éternelles mutations, depuis le commencement de la vie post-fœtale. *L'anamnèse, les commémoratifs* n'ont pour but, d'après Eichhorst, de nous renseigner sur les symptômes subjectifs d'une manière aussi complète que possible ; « à son tour la recherche de l'état actuel consiste dans l'énumération aussi complète que possible de tous les symptômes subjectifs » (1).

Ainsi donc, si nous en croyons l'éminent professeur de Zurich, l'interrogatoire du malade nous permettra seulement d'identifier telle ou telle entité morbide dont le sujet examiné est la victime.

Quant à nous, nous avons la conviction que l'anamnèse peut être plus utile encore. Bien conduite, elle donne une idée générale de l'*évolution* des principaux appareils de l'organisme et tout spécialement de l'appareil digestif en nous fournissant, entre autres choses, des indications sur la forme de l'abdomen.

Mais laissons la parole à Sigaud.

« Voici, dit-il, un gros ventre de nourrisson : à mesure que l'enfant marche et grandit, ce ventre s'efface peu à peu et généralement il a disparu vers la huitième ou la dixième année.

« Voici un jeune homme de 20 à 25 ans, grand, pâle

---

1. Eichhorst. *Traité de diagnostic médical.* Paris, Steinheil 1902, page 3.

et maigre, doué d'un gros appétit et se disant bien portant : dans la position verticale, l'abdomen est sensiblement de niveau avec les régions voisines ; dans la position couchée il *disparaît*, pour ainsi dire, et la paroi abdominale semble collée sur la colonne lombaire. Le même individu, vu dix ou quinze ans plus tard, nous apparaît transformé : figure pleine et colorée, ventre volumineux et régulièrement arrondi aussi bien dans la station debout que dans le décubitus horizontal.

« Voici une femme de 50 ans, dont la saillie abdominale est monstrueuse, disproportionnée avec la largeur du thorax et le volume des membres, et forme une énorme besace retombant sur la face antérieure des cuisses : cette femme s'étend, et aussitôt toute la masse abdominale « rentre dans le rang » en s'arrondissant sur les flancs. A mesure que l'âge progresse, la saillie abdominale diminue et, dans la position couchée, arrive peu à peu à former une sorte de cuvette dont le rebord saillant est tracé en haut par la ligne costale surélevée et en bas par la ceinture osseuse du bassin. Enfin, avec les grands épisodes morbides, la cuvette se creuse par une sorte d'évidement abdominal à marche plus ou moins rapide...

« Et ce ne sont là que quelques-unes des formes innombrables sous lesquelles l'abdomen s'offre à notre observation. Nous laissons de côté, notamment les variations si intéressantes et si caractéristiques

qui se montrent au cours des maladies et en objectivent les formes et les phases...

« ... Cependant ces quelques traits nous permettent déjà de soupçonner le tribut morphologique important que nous devons à l'abdomen, et en même temps, par la révélation des faits de morphologie abdominale qui *jalonnent la vie humaine*, font naître dans notre esprit le premier germe de l'idée d'évolution » (1).

Quels moyens possédons-nous de nous renseigner à l'heure actuelle sur l'évolution de l'homme ?

Nous n'ignorons pas que quelques procédés cytologiques (recherches de Henriot et d'Achard sur le ferment lipasique dans le sérum sanguin) ont été préconisés à cet effet ; mais il s'agit de procédés encore à l'étude et qui ne sont pas à la portée des praticiens.

L'examen du poids et de la taille fournit déjà des renseignements précieux ; mais, sans reprendre à notre compte les critiques de Claude Bernard concernant les « moyennes », nous croyons que des tableaux, du genre de celui de Quetelet, donnant le poids moyen du corps suivant l'âge et la taille, ne sont que d'une valeur limitée pour la clinique. Ainsi que l'écrit Eichhorst, « le nombre des écarts est par trop considérable ».

---

1. Sigaud. « Essai d'interprétation de l'évolution individuelle de l'homme par la morphologie abdominale » dans *Revue Scientifique* du 18 juin 1904.

Bien que nous soyons encore neuf dans ce genre d'investigations, nous n'hésitons pas à affirmer que les procédés décrits sous le nom d'*Exploration Externe du Tube Digestif* (1) fournissent des notions précises sur l'évolution de l'organisme humain et nous nous proposons de démontrer que l'un de ces procédés, l'inspection abdominale, objective d'une manière saisissante l'évolution du tube digestif. Nous espérons du reste que les chapitres qui suivent et les photographies que nous reproduisons, en même temps que la pratique de l'inspection ainsi que nous allons l'exposer suivant la manière de Sigaud et de ses élèves, suffiront à entraîner les convictions.

Avant de tenter une classification des ventres, nous devons néanmoins faire appel à l'autorité de notre Maître lyonnais et fournir quelques notions de morphologie générale de l'homme.

« On distingue, dit Sigaud, deux catégories d'individus : les uns restent à peu près constamment semblables à eux-mêmes à travers les divers âges de la vie; les autres subissent des remaniements profonds qui les rendent méconnaissables d'un âge à l'autre.

« Chez les premiers le temps précise seulement les formes, et il est un moment de pleine maturité où

---

1. Voir : C. Sigaud. *Traité clinique de la digestion et du régime alimentaire.* Paris, Doin, 1900.

L. Vincent. *Traité de l'exploration manuelle des organes digestifs.* Paris, Doin, 1898.

A. Chaillou et L. Mac-Auliffe. *Précis d'exploration externe du tube digestif.* Paris, Maloine, 1903.

l'individualité morphologique a son relief maximum ; puis avec le déclin, ces formes subissent une *dégradation* progressive, mais sans décrépitude sénile à proprement parler, et la mort arrive, semblant un accident...

« ... La seconde catégorie d'individus est celle qui fournit le plus lourd tribut à la maladie et se présente journellement à l'observation du clinicien. Elle comprendra deux types principaux auxquels correspondent la plupart des cas particuliers :

« *Premier type.* — Croissance exagérée, souvent rapide, s'accompagnant d'une maigreur extrême avec abdomen plus ou moins excavé et musculature sans relief qui contraste avec la longueur et le développement massif des leviers osseux.

« Pendant l'âge adulte l'abdomen devient énorme, les épaules s'élargissent, le thorax s'épaissit, la face et les membres s'arrondissent.

« Enfin le déclin sénile se signale par un retour souvent rapide aux formes squelettiques de la jeunesse et la mort est généralement hâtive...

« *Deuxième type.*—La croissance est marquée dans ce cas par une véritable exubérance morphologique de tous les systèmes anatomiques ; c'est l'enfant précoce qui *donne* toutes les espérances : la taille est constamment au-dessus de la moyenne, les reliefs musculaires sont fortement accusés, l'abdomen est arrondi et la poitrine épaisse et large ; toutes les régions du corps se développent dans d'égales proportions et l'harmonie des lignes semble irréprocha-

ble. Mais, la croissance terminée, le tableau se modifie peu à peu dans un sens qui déconcerte : les chairs deviennent flasques, les traits s'affaissent, la taille s'incurve et l'abdomen tombe ; finalement l'organisme s'effondre en bloc, et c'est la mort au seuil de la vieillesse » (1).

Ces descriptions de types extrêmes sont à retenir pour la compréhension de ce qui va suivre et nous entrerions dès maintenant dans le corps du sujet, si nous n'avions à cœur de répondre à plusieurs objections à notre interprétation de la morphologie de l'abdomen, objections qui se présentent à l'esprit d'une façon pour ainsi dire immédiate.

C'est ainsi que nous avons affirmé plus haut que la forme de l'abdomen n'est jamais invariable.

Comment, nous dira-t-on, prétendez-vous assurer au ventre une forme particulière, variable avec l'étape de l'évolution, si de votre propre aveu cette forme n'est pas immuable ? Ignorez-vous le ballonnement *post prandium* ? Que faites-vous, de plus, des brusques distensions ou des affaissements subits de la cavité abdominale, à l'état pathologique ? Au cours de la fièvre typhoïde et de l'appendicite, le ventre se météorise fréquemment, etc. !

Voici ce que nous apprend l'expérience des faits.

La forme du ventre se modifie toujours au cours de la journée suivant l'état du tube digestif sous-jacent. Dans la grande majorité des cas, la diète

---

1. Sigaud. *Revue scientifique*, 18 juin 1904. Article cité.

amène un affaissement du tonus gastro-intestinal et de la paroi abdominale sus-jacente. Au contraire, la digestion, l'éréthisme fonctionnel, amené par l'excitation alimentaire, provoque une suractivité vitale, (la fonction, ainsi que l'enseigne la physiologie, n'étant qu'un paroxysme des phénomènes vitaux). Aussitôt les parois du tube digestif se tendent, le ventre offre plus de résistance au palper, la sonorité générale de l'abdomen s'élève en tonalité (1) et diminue d'intensité, le ventre se distend légèrement et est, de fait, plus volumineux.

Mais ces oscillations fonctionnelles ne sont un peu marquées qu'à une période évolutive qui pour être très étendue n'en est pas moins très déterminée et très précise.

Plus nous nous rapprochons de l'équilibre fonctionnel parfait, de l'état normal en un mot, moins ces oscillations morphologiques sont marquées. Au contraire, plus le déclin digestif, et en vertu de la

---

1. Ainsi que Sigaud l'a montré, le premier, les lois physiques suivantes dominent les phénomènes perceptibles à la percussion abdominale :

1° L'intensité du son est en raison inverse de l'épaisseur des membranes ;

2° La hauteur du son est en raison directe de l'épaisseur et en raison inverse de la surface des membranes vibrantes.

Ces lois expliquent qu'au cours de la tension des parois du tube digestif provoquée par l'éréthisme fonctionnel, la sonorité générale de l'abdomen diminue d'intensité et s'élève en tonalité.

loi de synergie fonctionnelle (1), plus le déclin général s'accentue, plus elles s'objectivent. Il arrive néanmoins une époque (période de déchéance digestive de Sigaud) où le tube digestif inerte n'est plus pour ainsi dire sensible à l'action excitante de l'aliment et où la fonction n'existant plus ou presque plus, les variations de la forme de l'abdomen qu'elle suscite sont inaccessibles à nos moyens d'investigation.

Il devrait en être de même, *théoriquement* à l'état normal.

Mais, ainsi que l'ont écrit MM. Chaillou et Mac-Auliffe, « l'état d'équilibre parfait, l'état véritablement normal n'est qu'un concept de l'esprit ; il ne se rencontre pas en biologie.

Dès sa naissance l'homme, pourvu déjà de toutes les tares de l'hérédité, entre en lutte avec différents milieux, milieu physique, milieu alimentaire, milieu social, et ces différents systèmes cessent aussitôt d'être en état d'équilibre » (2).

---

1. Voir : « Loi, dite de Marey, d'harmonie des fonctions de la vie ». Marey. *Du mouvement dans les fonctions de la vie,* Paris. Baillière, 1868, p. 75 et suivantes. *Biblioth. Nationale* Tb^{65} 38.

Chaillou et Mac-Auliffe. « Considérations historiques sur la loi, dite de Marey, d'harmonie des fonctions de la vie », *France médicale,* 1905, p. 61 et *Bulletin de la Société française d'Histoire de la médecine,* Paris, 1905.

2. Chaillou et Mac-Auliffe. *Précis d'exploration externe du tube digestif,* d'après la méthode de Sigaud, de Lyon. Paris, Maloine, 1903, p. 89.

Nous ne nous trouvons donc jamais en présence d'un état d'équilibre parfait, mais d'un état d'équilibre apparent, état dit normal, et cette insuffisance fonctionnelle qui débute avec les premiers jours de la vie (1) explique que dès ces premiers jours, nous enregistrions des variations de la forme du ventre suivant l'état statique et l'état dynamique du tube digestif. A dire vrai, ces oscillations sont peu marquées, en dehors des états aigus et subaigus, auxquels nous consacrons du reste un chapitre spécial.

A cet état d'insuffisance fonctionnelle chronique qui correspond à l'état de chacun de nous en dehors des états aigus (maladies infectieuses, etc.), et subaigus (embarras gastrique apyrétique, etc.), les variations de la morphologie abdominale ne sont jamais assez notables au cours d'une journée pour empêcher le médecin d'être renseigné, d'un seul coup d'œil, sur l'évolution en général. Même les états subaigus qui modifient notablement dans certains cas la forme du ventre, laissent presque toujours suffisamment apparents les signes morphologiques abdominaux dus à l'évolution.

Une opinion générale, bien que fausse ainsi que l'a parfaitement démontré Léon Vincent, est que la forme du ventre est liée à la quantité plus ou moins grande de gaz contenus dans l'étendue du tube

---

1. Au point de vue chimique, le professeur Hayem n'a jamais, paraît-il, rencontré un estomac normal au delà du quinzième jour qui suit la naissance.

digestif. En fait les gaz ne jouent qu'un rôle accessoire dans la morphologie de l'abdomen. La tension abdominale est fonction de la tonicité des tuniques digestives et de l'excitation alimentaire, bien plus que de la tension gazeuse intra-viscérale (1). Mais la tension de l'air et des gaz, en vertu de principes de physique bien connus qu'il n'est pas dans notre rôle d'énoncer ici et qui sont expliqués en détail dans les traités de Sigaud et de Vincent, la tension de l'air et des gaz, disons-nous, la tension abdominale en un mot, est liée à l'activité des phénomènes vitaux au sein des tuniques digestives. On ne peut avoir qu'une tension faible dans une cavité digestive atone qui se laisse passivement distendre par les gaz lorsque ceux-ci se dilatent ou qui ne revient que difficilement sur elle-même lorsqu'ils se condensent. Une bonne tension abdominale, celle des ventres souples et élastiques n'existe que dans les tubes digestifs dont la tonicité des tuniques digestives est à la hauteur de sa tâche et se trouve prête à obéir à la moindre sollicitation de ses excitants physiologiques.

« Lorsque, dit Vincent, je vois un ventre se distendre outre mesure, après l'ingestion de quelques cuillerées de potage, je ne puis me faire à l'idée que ce phénomène est dû au dégagement soudain d'une quantité prodigieuse de gaz. Nous avons montré que

---

1. Voir toutes les recherches modernes : 1° allemandes de Schatz, Kelling, etc., et 2° françaises de Sigaud, Léon Vincent, etc.

le ballonnement est dû à l'intensité des réactions digestives de toute nature (musculaires, circulatoires, sécrétoires), lesquelles déterminent l'élévation de la température intra-abdominale et la dilatation des gaz qui préexistent dans la cavité du ventre et dont les tuniques gastro-intestinales, en état d'épuisement, sont impuissantes à prévenir l'expansion. Tout le monde sait que la force d'expansion des gaz est considérable, qu'elle est, pour ainsi dire, sans limites.

Lorsque je vois un ventre ballonné diminuer rapidement de volume sous l'influence du repos horizontal, par exemple, je ne puis associer à ce fait l'idée de la brusque disparition d'une notable quantité de gaz. L'interprétation véritable de ce fait banal est des plus simples. Sous l'influence du repos, les réactions digestives excessives dont la cavité gastro-intestinale est le siège se modèrent peu à peu et finissent par s'éteindre ; la tonicité digestive se ressaisit ; les gaz se condensent ; parallèlement à ces divers phénomènes le ventre s'affaisse » (1).

Ce qui s'observe au cours de la tympanite hystérique (spurious peritonitis des Anglais) n'est pas moins intéressant. Ecoutons ce qu'écrivaient récemment Gilles de la Tourette et Georges Gasne sur ce trouble fonctionnel :

« La percussion donne naturellement un son tym-

---

1. Léon Vincent. Ouvrage cité, p. 113.

panique, mais la tonalité se modifie par la surdistension au point de simuler la matité et de faire croire à une tumeur solide.

« La dyspnée qui résulte du refoulement du diaphragme donne un ensemble clinique assez terrifiant pour inspirer des craintes d'asphysie.

« *La chloroformisation donne d'importants renseignements. Lorsque le sujet est profondément endormi le ventre s'aplatit, devient souple; les gaz semblent ne plus exister. Aussitôt qu'on cesse la chloroformisation, que le sommeil devient moins profond, la distension reparaît et est complète avant même que le sujet soit complètement réveillé...*

« ...Il est difficile de concevoir le mécanisme de la tympanite hystérique. La contracture des muscles de l'intestin, celle du diaphragme, des muscles de la paroi abdominale n'expliquent pas la formation exagérée de gaz, qui est certain ici. *Cependant, dans la disparition brusque du météorisme, ou par accès convulsif, ou sous l'influence du chloroforme, on observe aucune émission gazeuse, au moins en rapport avec le volume des gaz qui paraissent exister dans l'intestin.* Y a-t-il exhalation des gaz du sang à la surface interne de l'intestin et ces gaz à la fin du paroxysme rentrent-ils dans le torrent circulatoire ? *Ou bien les gaz sont-ils normalement dans l'intestin à une certaine tension que maintient la tonicité intestinale, et leur dilatation se fait-elle par suite d'une paralysie d'une tunique musculaire ? L'intestin*

reprenant sa tonicité, le volume des gaz se réduirait à la normale » (1).

La véritable interprétation de ce phénomène nous est donnée par l'Exploration Externe.

Le son musical ou tympanique est en effet caractéristique de la *tétanisation* des segments digestifs (Sigaud et Léon Vincent). Dans la tympanite hystérique toutes les membranes du tube digestif sont tétanisées, et la percussion interprétée à la lumière des lois physiques nous montre l'appareil tout entier en état de distension parétique.

Ces différents faits montrent à l'absolu l'importance des phénomènes vitaux au sein des tuniques du tube digestif, lorsqu'il s'agit d'interpréter la tension abdominale. Celle-ci est commandée par ces phénomènes et lorsque nous nous trouvons en présence d'un ballonnement ou de météorisme, c'est à l'état des tuniques digestives et non à la formation plus ou moins hypothétique de gaz dans la lumière de l'appareil qu'il faut songer.

Enfin la forme de l'abdomen n'obéit pas, comme certains le supposent, à l'état des parois abdominales. Pour parler plus exactement, en vertu de la loi de synergie des fonctions de la vie que nous avons eu l'occasion de citer déjà, les parois de l'abdomen subissent les lois de l'évolution générale de l'orga-

---

1. Gilles de la Tourette et Georges Gasne : « Hystérie » dans *Traité de médecine de Brouardel et Gilbert*. Paris, Baillière, 1902. Tome X, p. 286.

nisme et plus spécialement encore l'évolution du tube digestif. C'est un fait qui découle de l'examen des photographies que nous publions, de celles que MM. Chaillou et Mac-Auliffe ont publié dans leur *Précis* et plus encore de l'examen des ventres des malades.

Phénomène curieux et bien démonstratif, c'est même chez les sujets dont la musculature abdominale est précaire, dans cette catégorie d'individus que nous décrivons plus loin sous le nom de *Faibles*, que les oscillations morphologiques de l'abdomen sont le moins marquées au cours de l'évolution.

Les gros ventres dont les parois tombent au-dessous du pubis dans la station debout (*Ventres en tablier*. Voir fig. 11 et 12, p. 60), sont aussi d'intéressants objets d'études. Ils montrent à l'évidence le rôle secondaire de ce que l'on a appelé la sangle musculaire. Tant que la tonicité digestive est bonne, le ventre subit peu de modifications morphologiques dans les stations debout et couchée ; au fur et à mesure que l'évolution progresse la forme du ventre se désagrège, pour ainsi parler, et les vestiges de l'abdomen tout entier finissent par tomber sur les cuisses dans la station debout, pour s'effondrer plus ou moins lorsque la malade se couche.

Ces phénomènes peuvent s'accompagner d'amaigrissement mais l'amaigrissement est le résultat de l'altération progressive de la nutrition et il ne faut pas prendre l'effet pour la cause. Au reste, *le plus souvent*, chez ces malades le poids augmente au moins

pendant une longue période d'années à mesure que l'évolution progresse. La malade dont nous reproduisons l'abdomen comme type de ventre en tablier, bien loin de maigrir, augmente de jour en jour de poids. Elle a 40 ans. Son poids s'est accru progressivement de 41 kilogrammes ces douze dernières années et son poids actuel de 96 kgr. 330 est le poids maximum qu'elle ait atteint.

Quant à l'idée que la morphologie des gros ventres pourrait avoir pour cause unique l'infiltration adipeuse des parois abdominales ou de la cavité viscérale, elle ne résiste pas à l'examen.

L'expérience nous apprend que les ventres les plus arrondis *uniformément* dans les deux stations sont ceux dont la paroi abdominale, prise entre les mains, contient le moins de tissu adipeux. Bien au contraire, les abdomens dont le déclin digestif est avancé et qui se creusent plus ou moins dans la station couchée pour tomber plus ou moins dans la station debout, sont les plus infiltrés par la graisse (1), ce qui établit en résumé que plus un ventre est gras, plus sa forme subit l'influence des lois de la pesanteur.

---

1. Un fait bien connu de tous ceux qui s'occupent de l'élevage des porcs vient à l'appui de ce que nous disons. Les porcs les plus gras ont le tube digestif si réduit qu'il est inutilisable pour la consommation.

CHAPITRE III

Les observations cliniques permettent de distinguer au point de vue digestif deux types anthropologiques extrêmes, le Fort et le Faible, très dissemblables dans leur évolution, dans leur morphologie ainsi que dans leurs principaux caractères objectifs et subjectifs.

Nous savons peu de chose encore sur la réactivité de la matière vivante. Dans une même classe zoologique les animaux sont susceptibles de présenter des propriétés si différentes d'un appareil identique qu'il devient nécessaire d'admettre un mode vital tout dissemblable des éléments cellulaires qui constituent cet appareil. Les différences entre la réactivité musculaire d'un mammifère comme le bœuf et celle d'un mammifère comme le cerf s'imposent à l'esprit. Au sein d'une même espèce zoologique, les variétés de réactivité générale peuvent être pour ainsi dire infinies. Dans l'espèce domestique du genre chien nous enregistrons des variations morphologiques et musculaires vraiment saisissantes, si nous mettons en parallèle par exemple un lévrier et un carlin. Chez les individus d'une même race, l'hérédité et le milieu provoquent aussi des différenciations remarquables

que l'observation et l'art ont depuis longtemps révélées chez l'homme. Il y a un monde morphologique entre l'Hercule du Musée de Naples et l'Apollon du Belvédère. Il y a un monde morphologique entre le sujet bien connu qui servit de modèle au Discobole de l'un de nos plus célèbres médailleurs et la morphologie de Voltaire jeune, telle qu'elle nous est représentée au Musée Carnavalet. Il y a souventun monde morphologique entre l'aîné et le cadet d'une même famille.

Une grande loi domine, en effet, le groupement humain. C'est celle de l'évolution *individuelle* de l'homme (Sigaud).

Mais parmi les individus humains, l'Exploration Externe nous permet de faire une classification d'une importance extrême au point de vue clinique et thérapeutique.

Rappelons qu'au point de vue de la morphologie générale,Sigaud signale une première catégorie d'individus qui « restent à peu près constamment semblables à eux-mêmes à travers les différents âges de la vie ». Chez ces sujets « le temps précise seulement les formes et il est un moment de pleine maturité où l'individualité morphologique a son relief maximum ; puis avec le déclin, ces formes subissent une dégradation progressive, mais sans décrépitude sénile à proprement parler, et la mort arrive semblant un accident. »

Pour des raisons sur lesquelles nous allons insister dans un instant, ces individus ont été classés sous la

dénomination générale de *Faibles*. Leur caractéristique objective est leur ventre qui est peu susceptible de variations morphologiques dans les diverses stations debout, couchée et génu-manuelle.

Voici quel portrait MM. Chaillou et Mac-Auliffe ont tracé de ce type :

« Le *Faible* est quelquefois petit de taille ; il a le teint peu coloré, les épaules et la poitrine étroites ; il est vif et élancé. Son impressionnabilité est extrême ; sa résistance aux maladies paraît nulle. Enfant, il est maladif ; adulte, il est maladif ; vieillard, il est maladif. Particulièrement préoccupé de son estomac et de son intestin, il consulte souvent le médecin pour une constipation rebelle aux laxatifs et qui le torture quelquefois depuis son enfance. Petit mangeur, petit buveur, le moindre excès le fatigue, la moindre fatigue l'abat ; les exercices physiques lui sont peu favorables, il les supporte mal : ce n'est point « l'homme des sports ».

Les Faibles, dit Vincent, nous offrent un abdomen de volume réduit, peu saillant, souvent même affaissé, s'affaissant dans tous les cas sous l'influence des causes les plus insignifiantes pour recouvrer bientôt son aspect antérieur ; présentant dans d'autres circonstances et au plus haut degré le phénomène du ballonnement, c'est-à-dire des augmentations rapides et passagères de volume, suivies d'un affaissement plus ou moins rapide et du retour au volume habituel.

Malgré leur mauvais état de santé, pour ainsi dire

permanent, et leur peu de résistance apparente, les Faibles ont une vitalité qui déconcerte un observateur non prévenu : toujours malades, ils guérissent presque toujours et constituent souvent jusque dans la plus extrême vieillesse le type du « trompe-la-mort ».

Leur tube digestif offre aussi quelques particularités. Il a besoin d'une alimentation fréquemment renouvelée, mais peu abondante ; il supporte aussi mal la diète que la surcharge alimentaire. Les états atmosphériques qui laissent le Fort indifférent (voir plus loin) sont franchement défavorables aux Faibles.

Les Faibles se trouvent bien des coteaux ensoleillés sans arbres et sans eau, et se portent mal s'ils vivent dans une vallée profonde, boisée et humide » (1).

Un fait intéressant à noter dans la morphologie générale des Faibles est l'insuffisance de leur développement musculaire.

Néanmoins, au niveau de l'abdomen la saillie des muscles droits est fréquemment constatée dans la station debout. C'est là un fait paradoxal qu'il nous paraît intéressant de signaler, laissant à d'autres le soin de l'interpréter.

Nous ne pouvons dans cette thèse nous étendre sur le mode vital, sur la réactivité toute particulière de l'appareil digestif des Faibles ; qu'il nous suffise de

---

1. Chaillou et Mac Auliffe, ouvrage cité, p. 83 et suivantes.

dire que les enseignements de la clinique, les divers procédés d'exploration externe et spécialement les lois physiques de la percussion abdominale permettent d'affirmer que les Faibles sont peu capables de réagir contre la maladie par l'hypertrophie et la prolifération de leurs éléments anatomiques. Cette donnée implique et explique le peu de variations de la forme du ventre de ces individus au cours de leur évolution.

Tout au contraire, l'excitabilité de leurs cellules digestives est exquise. L'appareil tout entier peut être comparé à une admirable balance de précision qu'un rien dérange et qu'un rien répare. Que l'excitation alimentaire dépasse la mesure, soit par la quantité de la matière ingérée, soit par les propriétés trop éréthogènes de l'aliment et le tube digestif s'affaisse, les malaises surviennent. Un peu de repos, une diète légère bien comprise et tout l'appareil est prêt à fonctionner de nouveau.

Le type *Fort* est « celui qui fournit le plus lourd tribut à la maladie » (Sigaud).

Sa caractéristique objective est son ventre toujours proéminent à une étape de son évolution, et qui subit peu à peu dans les stations debout et couchée de profondes modifications morphologiques.

« C'est, disent MM. Chaillou et Mac-Auliffe, le type le plus commun : il dérive plus ou moins du type athlétique ; il est l'apanage des individus ayant les attributs extérieurs d'une vigueur exceptionnelle et d'une santé excellente.

Le Fort a souvent le teint coloré et la figure pleine ; ses épaules et sa poitrine sont larges, ses muscles ont du relief ; il paraît se jouer de la fatigue et des excès. Gros mangeur, grand buveur, les exercices physiques lui sont souvent nécessaires. Il paraît à l'abri de toute atteinte de la maladie.

Peu à peu, avec l'âge, le Fort prend du ventre ; son abdomen de plus en plus arrondi et saillant peut être comparé à un « tonneau ». Dès lors sa santé n'est plus aussi bonne, mais il est rare qu'elle soit assez mauvaise pour l'inquiéter ; ses garde-robes sont toujours naturelles ; il a une, quelquefois deux selles par jour. Puis à la suite d'une émotion, d'une fatigue, d'un excès, d'une maladie aiguë, d'un changement de climat, etc., le ventre tombe plus ou moins rapidement, les forces déclinent, l'appétit diminue, les selles deviennent irrégulières, l'aspect extérieur se transforme et des complications cardio-rénales surgissent. A la phase terminale, le malade n'est plus que l'ombre de lui-même ; c'est la déchéance digestive, parallèle aux autres complications viscérales, et enfin la mort.

La caractéristique du Fort réside dans son abdomen qui rapidement ou par poussées successives acquiert « un développement toujours notable, parfois énorme et qui peut subir des variations de volume souvent très marquées, tout en conservant toujours une ampleur exagérée » (Vincent).

Son tube digestif jouit de quelques propriétés particulières : en deçà de certaines limites et dans cer-

taines conditions, une surcharge alimentaire lui est nécessaire et parfois favorable ; il s'accommode aisément de certains états atmosphériques (air humide, par exemple), et de certaines conditions climatériques (vallée profonde et boisée, etc.) » (1).

Les modifications de la forme du ventre chez le Fort, suivant les lois de la pesanteur, sont dues aux qualités particulières de son tube digestif. Celui-ci réagit d'abord contre les causes pathogènes par la prolifération et l'hypertrophie de ses éléments anatomiques, ce qui est démontré par les divers procédés d'exploration externe. Sur toute son étendue abdominale le tube digestif se dilate (signe de suractivité des processus vitaux au sein des différentes tuniques) et ses parois s'épaississent.

Au palper superficiel, la rénitence augmente. Le ventre *se tient*, avec des modifications morphologiques insignifiantes dans les diverses stations, la tension abdominale étant même un peu exagérée.

Ces processus de résistance active contre les causes pathogènes sont sensibles partout, au niveau des glandes accessoires aussi bien que dans les autres segments digestifs.

Chez des individus morts *accidentellement* à cette période, l'hypertrophie simple du foie par exemple, se rencontre généralement au cours des autopsies.

Puis au processus d'hypertrophie succède peu à

---

1. Chaillou et Mac-Auliffe. *Précis* etc., p. 81 et suivantes.

peu ou rapidement un processus atrophique. La vitalité des tuniques digestives diminuant, la tension abdominale s'amoindrit de plus en plus, et les différents viscères, réduits dans leur dimension et dans leur volume deviennent plus ou moins mobilisables. On observe alors des variations morphologiques dans les diverses stations, variations sur lesquelles nous allons nous étendre dans le prochain chapitre et qui s'accentuent de plus en plus avec la déchéance générale de l'organisme.

Il nous est impossible d'entreprendre la description des variations morphologiques de l'abdomen chez les innombrables individus intermédiaires aux types Fort et Faible dont l'étude va être faite maintenant.

Aidé des données qui vont suivre, le praticien pourra facilement, avec un peu d'expérience clinique, classer dans telle ou telle catégorie les sujets soumis à son examen.

Avant de décrire les oscillations de la forme du ventre chez le Fort et chez le Faible, au cours de leur évolution, nous rappellerons avec Sigaud et ses élèves que l'inspection de l'abdomen doit être pratiquée toujours dans les stations debout et couchée, de face et de profil, et que le médecin aura parfois intérêt à inspecter l'abdomen « à jour frisant » particulièrement lorsqu'il inspectera de profil.

La position génu-pectorale ou génu-manuelle du malade permettra quelquefois de mieux préciser les contours de l'abdomen.

VARIATIONS MORPHOLOGIQUES DE L'ABDOMEN DANS LE TYPE FAIBLE

Phase de résistance

Fig. 1. — **Ventre de faible dans la station couchée.** - Femme de 25 ans. Le ventre se tient à peuprès dans son ensemble sans proéminence.

ig. 2. — **Ventre de faible dans la station debout.** - Même sujet que fig. 1. Le ventre subit très peu de modifications dans sa forme dans les deux stations.

CHAPITRE IV

Inspection chez le Faible. — Pendant une période de leur évolution les sujets du type anthropologique Faible ne subissent aucune modification morphologique abdominale. — Avec le déclin général de l'organisme la forme de l'abdomen se dégrade.

Les signes fournis par l'inspection chez le Faible varient nécessairement suivant la phase ou la période d'évolution à laquelle est parvenu le sujet.

Nous devons envisager deux périodes :

1° La phase de résistance proprement dite (phase d'adaptation de Sigaud);

2° La phase de déclin.

La première période est caractérisée par une forme presque invariable de l'abdomen.

Le ventre est légèrement arrondi dans son ensemble ; la paroi abdominale forme un voile musculo-membraneux étendu depuis les limites supérieures du grand bassin jusqu'à la base de la cage thoracique ; ce voile est modérément tendu. La masse gastro-intestinale incapable d'un grand développement ne le distend pas. Et cependant cette masse viscérale remplit bien toute la cavité abdominale,

car le Faible à cette période garde un ventre immuable de forme, quelle que soit la position dans laquelle on l'examine, debout ou couché.

Dans la seconde période ou phase de déclin il n'en est plus de même.

Les tissus du type Faible suivent une évolution toute différente de celle des tissus du type Fort. Doués d'une réactivité exceptionnellement sensible et rapide, ils ne sont pas susceptibles de s'hypertrophier et de se dilater dans une grande limite. Aussi à mesure que le déclin s'avance, semblent-ils s'atrophier de plus en plus. C'est cette évolution, d'emblée vers l'atrophie, qui commande les variations de forme du ventre chez le Faible.

Les tissus digestifs s'atrophiant, la paroi abdominale a tendance à s'affaisser ; mais en raison de sa faible tonicité, en même temps qu'elle s'affaisse, elle se relâche, et les tissus sous-jacents, flasques comme elle, obéissent aux lois de la pesanteur et impriment au ventre des formes variables suivant la position du sujet.

Couché, le ventre est plus ou moins excavé dans son ensemble ; ses limites osseuses sont très apparentes, les fausses-côtes en haut, les crêtes iliaques et le pubis en bas (Voir fig. 1, p. 50).

Debout, les viscères tombant dans les parties les plus déclives de la cavité abdominale, viennent repousser en avant la paroi peu résistante et légèrement distendue ; de sorte que le ventre droit dans sa région sus-ombilicale devient saillant dans

la région hypogastrique et au niveau des flancs (Voir fig. 2, p. 50).

Nous savons qu'un des caractères du Faible est le peu de développement de son système musculaire : aussi n'est-il pas rare à cette période de déclin de voir se dessiner derrière la paroi abdominale mince et fragile les contractions irrégulières des diverses parties du tube digestif au point de rendre certains ventres asymétriques.

Tels sont les signes fournis par l'examen du ventre chez le Faible, *à l'état statique*, c'est-à-dire en dehors des phases digestives.

Il nous reste à dire un mot des modifications de la forme de l'abdomen *à l'état dynamique*. L'état dynamique est cette période, en général courte chez le Faible, qui suit immédiatement l'ingestion alimentaire.

Les tissus du tube digestif chez le Faible sont doués d'une excitabilité très grande, avons-nous dit; le moindre écart du régime amène une réaction immédiate qui se traduit par de l'inappétence ; une diète plus ou moins sévère en est fatalement la conséquence et remet vite le tube digestif dans son état habituel.

Tant que l'appareil conserve une partie de sa vitalité, c'est-à-dire pendant toute la première période, ses réactions vives empêchent toute modification dans sa structure; aussi la forme extérieure du ventre reste-t-elle immuable pendant la digestion.

Dans la deuxième période, au contraire (phase de

déclin), une excitation trop forte quelle qu'elle soit, alimentaire ou autre, ne provoque plus une réaction physiologique, mais une espèce de traumatisme qui inhibe une partie de la vitalité du tube digestif et provoque sa distension.

Si l'excitation n'a pas été trop violente, l'estomac seul se distend; le malade a la sensation très nette de gonflement de la région épigastrique : c'est le *ballonnement post prandium*, qui se traduit extérieurement par un gonflement épigastrique.

Enfin si l'excitation a été trop violente, ce n'est plus seulement l'estomac qui se laisse distendre, mais tout le tube digestif et le gonflement se généralise à tout l'abdomen.

CHAPITRE V

Inspection chez le Fort. — Description des modifications de la forme du ventre suivant l'évolution, dans ce type anthropologique.

Chez le Faible nous avons vu que l'inspection donnait relativement peu de signes ou tout au moins des signes atténués qui nécessitaient souvent une recherche minutieuse de la part du clinicien.

L'évolution de l'appareil digestif va nous expliquer comment chez le Fort les signes objectifs fournis par la vue sont si nombreux et variés.

Les tissus chez ce dernier, pendant une période plus ou moins longue, s'hypertrophient et se dilatent, refoulant en avant la paroi abdominale qui participe elle-même à ce développement.

Pendant cette première partie de l'évolution (phase d'adaptation de Sigaud) les viscères abdominaux remplissent complètement la cavité abdominale ; aussi le ventre reste-t-il immuable de forme, tout en prenant de l'ampleur. Dans la deuxième période ou phase de déclin, l'atrophie envahit peu à peu les viscères, la paroi abdominale distendue antérieurement ne se rétracte pas suffisamment et laisse

un vide dans la cavité abdominale. Ce vide est la cause de toutes les variétés de déformations morphologiques que l'observateur peut enregistrer.

A. — *Première phase de résistance proprement dite* (*phase d'adaptation de Sigaud*).

Pendant toute cette période, avons-nous dit, le tube digestif se développe régulièrement dans son ensemble : le ventre prend un développement régulier et symétrique, plus ou moins accentué : c'est le *ventre en tonneau* (voir fig. 3 et 4, p. 54).

Considéré à des époques successives, ce ventre est plus ou moins volumineux, mais la forme générale reste immuable ; elle n'est modifiée ni par la station horizontale, ni par la station verticale ; en un mot tout l'abdomen se tient bien.

Cette période, on le voit, est bien différente de celle du Faible : chez ce dernier en effet, la forme reste bien la même, sans se modifier suivant les diverses stations, mais les tissus doués de propriétés particulières ne se développent guère, et les Faibles ne présentent jamais le ventre en tonneau proprement dit.

Chez le Fort cette première période est souvent fort longue ; elle est d'autant plus prolongée que les tissus ont plus de vitalité et de résistance.

B. — *Deuxième période. Phase de déclin.*

C'est véritablement à cette période qu'on observe les modalités les plus variées ; et la vue peut suivre en quelque sorte pas à pas toutes les modifications du tube digestif et de ses annexes.

Les tissus ayant épuisé une partie de leur vitalité dans la première période, s'atrophient et se rétractent peu à peu. Cette régression touche d'abord l'estomac, puis les intestins ; ou du moins, c'est dans la région épigastrique que les premiers signes apparaissent à l'inspection.

On voit d'abord la saillie épigastrique diminuer, puis être remplacée par un méplat, puis par une dépression ; à ce moment le rebord des fausses-côtes apparaît nettement, laissant voir la limite osseuse supérieure de l'abdomen.

A mesure que l'atrophie progresse la dépression hypogastrique gagne les flancs pour descendre jusqu'au pubis, dessinant une rigole à peu près circulaire autour de la région ombilicale.

A cette période les formes du ventre sont très variées, facilement modifiées par les diverses attitudes du sujet. Elles ont été bien décrites par MM. Chaillou et Mac-Auliffe dans leur *Précis d'exploration externe du tube digestif*. Nous ne pouvons mieux faire que de rappeler les différents noms que ces auteurs ont donnés aux diverses formes succes-

sives du ventre, lorsqu'on examine le malade dans la station couchée.

Le *ventre droit* est la forme succédant au ventre en tonneau (Voir fig. 5, p. 56) : la saillie abdominale a disparu à peu près complètement, et une ligne droite réunit l'appendice xyphoïde au pubis.

Lorsque l'atrophie a succédé à une distension exagérée, le ventre en s'aplatissant n'est plus resté rond, mais s'est étalé sur les flancs ; à la base il est sensiblement plus large qu'au sommet, c'est le *ventre de batracien* (Voir fig. 6, p. 56). Il ressemble tout à fait au ventre mou et flasque qu'on voit dans l'ascite après la ponction. « Plus tard, disent MM. Chaillou et Mac-Auliffe, une dépression au niveau de l'épigastre se creuse et la partie sous-ombilicale seule reste saillante ; le profil de ce ventre projeté sur un plan vertical donne une ligne courbe dont l'aspect général, plus ou moins accusé, est le suivant ᔓ : « Le premier crochet à concavité tournée en haut répond à l'estomac, et le second crochet à concavité tournée en bas répond à l'intestin grêle. Cette sorte de ventre peut s'appeler le *ventre en S couché* (Voir fig. 7, p. 56, 2e planche).

« Si au creux épigastrique s'ajoutent des dépressions au niveau des fosses iliaques, on a le *ventre en îlot*, formé par une saillie légère au niveau de l'ombilic, autour de laquelle court une rigole circulaire (creux épigastrique en haut, dépressions iliaques de chaque côté) (Voir fig. 8, p. 56, 2e planche).

« Chez les sujets très amaigris le ventre est

déprimé dans son ensemble et forme un creux (*Ventre creux*) (Voir fig. 9, p. 56, 3e planche).

« Ces différentes sortes de ventre, ventre en tonneau, ventre plat, ventre de batracien, ventre en S couché, ventre en îlot, ventre creux, marquent des périodes de plus en plus avancées de l'effondrement abdominal. »

Telles sont les formes si variées du ventre, le sujet étant examiné couché sur un plan horizontal.

Nous avons dit que dans toute cette période le tube digestif s'était atrophié progressivement, laissant un vide de plus en plus grand dans la cavité abdominale. Aussi le sujet étant couché tous les viscères se trouvent en quelque sorte posés sur la paroi abdominale postérieure formée par le rachis et les muscles sacro-lombaires, attirant sur eux la paroi abdominale antérieure. Mais dans la station verticale ces viscères, déjà flottants, vont obéir aux lois de la pesanteur, se projetant en quelque sorte sur la paroi antérieure de l'abdomen, masquant le vide existant déjà dans la cavité abdominale.

C'est ce qui explique pourquoi, les différentes formes du ventre se dessinant déjà dans la position couchée, dans la station verticale, le ventre conservera encore assez longtemps sa forme *en tonneau*. Il n'est pas rare de voir un ventre plat ou même en S couché présenter, debout, une forme encore régulière et arrondie. Mais ensuite, avec les progrès de l'atrophie, on voit dans la station verticale la saillie épigastrique faire place à un méplat, puis la saillie

hypogastrique elle-même disparaître, rappelant la forme que nous avons décrite à la période de déclin chez les Faibles.

Chez les Faibles nous avions fait une différence suivant que l'examen se faisait à l'état statique, c'est-à-dire en dehors des périodes digestives, ou à l'état dynamique, au môment de la digestion. Chez le Fort, la réactivité de l'organe vis-à-vis de l'aliment se faisant beaucoup plus lentement, l'inspection seule ne montre guère de différences entre l'état dynamique et l'état statique. Aussi pour distinguer ces deux états faut-il avoir recours à d'autres modes d'exploration : la palpation et la percussion. Nous n'avons pas à y insister ici.

CHAPITRE VI

Inspection à la période de déchéance digestive qui termine l'évolution des deux types précédemment décrits.

Nous avons vu quels chemins différents parcourent le Fort et le Faible pour arriver au but de leur évolution naturelle. Cette évolution dans l'un et l'autre cas tendant à l'atrophie de tout le tube digestif et de la paroi, la symptomatologie, à un moment donné, se confond chez le Fort et le Faible.

Couché, le ventre devient creux, il semble vide, et la paroi abdominale antérieure semble s'accoler sur le rachis; les épines iliaques, la base thoracique forment des saillies osseuses très apparentes : c'est le *ventre en cuvette* dans sa variété la plus accentuée. Parfois, comme nous l'avons dit plus haut et comme c'est le cas pour le sujet photographié page 56, l'affaissement quoique très notable n'est pas encore assez marqué pour donner le ventre en cuvette. Il s'agit alors de ventres dont l'exubérance morphologique a été formidable (Voir fig. 12, p. 60).

Debout, la paroi abdominale se projette en avant, bombe d'une façon démesurée au niveau des fosses iliaques et de la région sus-pubienne. « Elle forme

parfois, dit Sigaud, une sorte de tablier qui flotte au-dessous du pubis, et supérieurement recouvre une région d'aspect irrégulier, à la façon d'une serviette jetée sur une cavité » (Voir fig. 10 et 11, p. 60).

Ces variations morphologiques extrêmes ne s'observent, ainsi qu'il est facile de le prévoir, qu'à la période de déchéance du Fort.

Dans la station debout, les ventres deviennent parfois, à cette période, très nettement asymétriques, soit qu'il y ait dislocation verticale de l'estomac, soit qu'il y ait hépatoptose, etc.

Particularités. — Gros ventre de l'enfant.

Le gros ventre de l'enfant est un cas particulier du type Fort, qui doit être étudié isolément.

L'évolution du tube digestif n'est pas toujours en rapport avec l'âge de l'individu. Le déclin digestif peut survenir de bonne heure, et s'il se dessine pendant la croissance il imprimera à la forme du ventre des particularités importantes.

Pendant toute la croissance, et surtout pendant la première enfance, le squelette est excessivement déformable, aussi les modifications des parties molles retentissent-elles souvent sur lui. Le ventre en se développant dilate la partie inférieure de la cage thoracique, la déforme en faisant saillir en avant le rebord des fausses-côtes.

Cette déformation, signature indélébile du gros

VARIATIONS MORPHOLOGIQUES DE L'ABDOMEN SUIVANT L'ÉVOLUTION — TYPE FORT

Période de résistance

Fig. 3. — **Ventre en tonneau - Station couchée.**
Homme âgé de 29 ans. Le ventre proémine dans son ensemble.

Fig. 4 — **Ventre en tonneau - Station debout.**
Homme âgé de 29 ans, même sujet que fig. 1.

VARIATIONS MORPHOLOGIQUES DE L'ABDOMEN SUIVANT L'ÉVOLUTION — TYPE FORT

Période de déclin

Fig. 5. — **Ventre droit.** - Jeune fille âgée de 13 ans. — Le ventre commence à s'effondrer dans son ensemble au point que son profil est voisin d'une ligne horizontale.

Fig. 6. — **Ventre de batracien.** - Femme âgée de 44 ans — Le ventre est plus affaissé qu'à l'état précédent et l'on constate une saillie des flancs.

VARIATIONS MORPHOLOGIQUES DE L'ABDOMEN SUIVANT L'ÉVOLUTION — TYPE FORT

Période de : déclin (*Suite*)

Fig. 7. — **Ventre en S couché.** - Fille âgée de 29 ans. — L'affaissement du ventre est plus marqué encore et l'on voit se dessiner une dépression épigastrique.

Fig. 8. — **Ventre en ilôt.** - Jeune homme âgé de 12 ans 1/2. — L'estomac et toute la région correspondant au gros intestin est affaissé ; seule la zone du grêle fait saillie. - Il court tout autour d'elle comme une rigole

VARIATIONS MORPHOLOGIQUES DE L'ABDOMEN SUIVANT L'ÉVOLUTION — TYPE FORT

Période de déclin (*Fin*)

Fig. 9. — **Ventre creux.** - Homme âgé de 31 ans. — Les épines iliaques antéro-supérieures et le rebord costal sont très visibles. - Le ventre est effondré dans son ensemble et rappelle déjà un peu le ventre en bateau des classiques.

VARIATIONS MORPHOLOGIQUES DE L'ABDOMEN
A LA PÉRIODE DE DÉCHÉANCE — TYPE FORT

Fig. 10. — **Ventre de forte à la période de déchéance - Ventre en tablier.** — Station debout. - Femme âgée de 40 ans n'ayant eu qu'une couche. - Le ventre tombe au-dessous du pubis.

Fig. 11. — **Ventre de forte à la période de déchéance**. - Station debout Vue de profil - Même sujet que fig. 10.

VARIATIONS MORPHOLOGIQUES DE L'ABDOMEN

A LA PÉRIODE DE DÉCHÉANCE — TYPE FORT

Fig. 12. — **Ventre de forte à la période de déchéance,** — Même sujet que fig. 10 et 11. — L'abdomen est encore un peu saillant dans la station couchée. - L'effondrement des flancs est complet.

TYPE FAIBLE

Fig. 13. — **Ventre de faible à la période de déchéance.** - Vue de profil - Station debout. — Femme âgée de 36 ans. Le ventre fait à peine saillie.

TRACES DU GROS VENTRE CHEZ L'ENFANT

Fig. 14. — **Ailerons du thorax.** - Enfant âgé de 4 ans.
Un ancien gros ventre a rejeté en dehors le rebord costal qui a été déformé fait encore saillie, malgré la chûte de l'abdomen.

ventre chez l'enfant, persistera dans l'âge adulte et permettra toujours de faire un diagnostic rétrospectif.

Sigaud lui a donné un nom : les ailerons du thorax (Voir fig. 14, p. 62).

Il s'en faut de beaucoup que l'inspection chez l'enfant soit aussi facile que chez l'adulte. Dans les cas très marqués, on retrouvera bien les mêmes formes évolutives se succédant dans le même ordre que chez l'adulte ; mais dans beaucoup de cas aussi, la symptomatologie sera très fruste, et le gros ventre de l'enfant *a besoin d'être recherché.*

Cependant son importance est capitale et le praticien est inexcusable de ne pas le voir : « Tout ventre qui grossit, dit Sigaud, est un ventre qui tient en réserve des épisodes orageux, notamment la diarrhée sous ses formes nombreuses, plus ou moins inflammatoires. »

Le gros ventre de l'enfant se présente sous deux formes : la forme permanente et la forme intermittente.

1° La forme permanente est la plus insidieuse et la plus grave, c'est elle qui a surtout besoin d'être recherchée. Elle est peu marquée, finit en général à la puberté chez les jeunes filles, ou un peu plus tard chez les garçons. Elle est suivie d'une atrophie définitive du ventre et laisse le sujet dans un état d'infériorité pour le reste de sa vie.

2° La forme intermittente est caractérisée par des oscillations souvent fréquentes et marquées de la forme du ventre. Ces oscillations reviennent souvent

pendant une période longue, et préparent le gros ventre de l'adulte, tel que nous l'avons déjà étudié.

En résumé au cours de l'état d'insuffisance fonctionnelle chronique qui est le plus fréquemment observé chez les sujets dits sains aussi bien que chez les sujets malades, l'inspection de l'abdomen, pratiquée suivant la manière de Sigaud et de ses élèves, fournit d'utiles renseignements.

Elle permet de définir au point de vue digestif deux types anthropologiques extrêmes actuellement à l'étude et qui vont être incessamment l'objet de communications à la Société d'anthropologie : le *type Fort* et *le type Faible*.

A ces deux types extrêmes il est facile, avec un peu d'expérience clinique, de rattacher tous les cas observés.

Chez le Faible, l'inspection abdominale fournit relativement peu d'indications. Elle permet néanmoins d'apprécier, au moins dans une certaine mesure, l'évolution de l'appareil digestif.

Chez le Fort, l'inspection abdominale constitue le plus important des procédés décrits par Sigaud et ses élèves sous le nom « d'Exploration Externe du Tube Digestif ». Les variations morphologiques si marquées de l'abdomen, en particulier dans la station couchée, marquent pour ainsi dire pas à pas toutes les étapes de l'évolution du tube digestif et renseignent grossièrement par là même sur la valeur vitale de l'individu examiné.

CHAPITRE VII

La forme du ventre dans les états aigus est d'une variabilité extrême. Au cours de l'état subaigu digestif (embarras gastrique apyrétique) le ventre s'effondre plus ou moins.

Dans les états aigus, contrairement à ce qui se passe au cours de l'insuffisance fonctionnelle chronique de l'appareil digestif, l'abdomen ne possède aucune fixité morphologique qui puisse éclairer le diagnostic. Du moins l'étude de la forme du ventre n'entre en ligne de compte que d'une façon tout à fait accidentelle dans le diagnostic des états aigus. L'aspect de l'abdomen varie, du reste, avec chaque cas particulier : péritonite tuberculeuse, péritonites localisées, dothiénentérie, etc.

Chaque fois au contraire qu'une cause pathogène vient inhiber plus ou moins passagèrement tel ou tel appareil (système nerveux, appareil locomoteur, etc.), et plus spécialement au cours de l'embarras gastrique apyrétique (état subaigu digestif de Sigaud) l'inspection de l'abdomen est plus fertile.

Chez le Faible, les oscillations morphologiques sont, nous l'avons dit, peu notables et l'inspection de l'abdomen fait constater un affaissement peu marqué du ventre dans la station couchée.

Chez le Fort, au contraire, l'effondrement remplace la saillie dans une mesure proportionnelle à l'intensité de l'état subaigu. Plus le ventre était proéminent, plus l'effondrement est notable.

Du reste c'est une loi générale en biologie que les variations, les oscillations de la morphologie générale sont d'autant plus prononcées que la vitalité est plus instable.

Vu : le Président de la thèse,
HUTINEL

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Sigaud (C.). — Traité des troubles fonctionnels mécaniques de l'appareil digestif. Paris, Doin, 1894.

— Valeur clinique de la mécanique digestive. *Congrès de médecine*. Lyon, 1894.

Vincent (Léon). — La tension abdominale chez les dyspeptiques. *Congrès de médecine*. Lyon, 1894.

— Traité de l'exploration manuelle des organes digestifs. Paris, Doin 1898.

Sigaud (C.). — Etude clinique sur les variations de forme et de volume de l'abdomen. *Revue de médecine*, 1899.

— Notions générales sur la sonorité de l'abdomen. *Revue de médecine*, 1899.

— Traité clinique de la digestion et du régime alimentaire. Paris, Doin 1900. Tome Ier.

— Exploration externe du tube digestif et indications du régime alimentaire. *Lyon médical*, 1901.

Vincent (Léon). — Exploration externe du tube digestif et nouvelle méthode d'observation clinique. *Presse médicale*. N° 20, 8 mars 1902.

Mac-Auliffe (Léon). — Etude historique sur l'exploration externe du tube digestif. *Presse médicale*, n° 73, 10 septembre 1902.

Chaillou (A.) et Mac-Auliffe (Léon). — Précis d'exploration externe du tube digestif. Paris, Matoine, 1903.

Sigaud (C.). — Essai d'interprétation de l'évolution individuelle de l'homme par la morphologie abdominale. *Revue scientifique*, 18 juin 1904.

Joly (P.-R.). — Milieux et excitants naturels. *Archives médico-chirurgicales du Centre*, 5 mars 1905, no 10.

Chaillou (A.) et Mac-Auliffe (Léon). — Considérations historiques sur la loi, dite de Marey, d'harmonie des fonctions de la vie. *Bulletin de la Société française d'histoire de la médecine*, 1905, et *France médicale*, 1905, p. 61.

Sigaud (C.) et Vincent (Léon). — La clinique. Ce qu'elle est. Ce qu'elle doit être. *Annales de la Société de médecine de Gand*. Vol. LXXXV, p. 63. Gand, 1905.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE..... 7

INTRODUCTION. — L'inspection de l'abdomen d'après la méthode de Sigaud de Lyon, est un des nouveaux moyens d'investigation connus sous la dénomination générale d'Exploration Externe du Tube Digestif... 9

CHAPITRE I. — Le but de l'inspection de l'abdomen, d'après la méthode de Sigaud, est de renseigner le médecin sur la morphologie abdominale envisagée dans ses rapports avec les différents états évolutifs et fonctionnels du tube digestif..... 15

CHAPITRE II. — Idée générale de l'évolution de l'homme. Interprétation des variations morphologiques de l'abdomen. L'état et la forme du tube digestif déterminent dans l'immense majorité des cas, l'état et la forme de tout l'abdomen..... 27

CHAPITRE III. — Les observations cliniques permettent de distinguer au point de vue digestif, deux types anthropologiques extrêmes, le Fort et le Faible, très dissemblables dans leur évolution, dans leur morphologie ainsi que dans leurs principaux caractères objectifs et subjectifs..... 43

CHAPITRE IV. — Inspection chez le Faible. Pendant une période de leur évolution les sujets du type anthro-

pologique Faible ne subissent aucune modification morphologique abdominale. Avec le déclin général de l'organisme la forme de l'abdomen se dégrade... 51

Chapitre V. — Inspection chez le Fort. Description des modifications de la forme du ventre suivant l'évolution dans ce type anthropologique..... 55

Chapitre VI. — Inspection à la période de déchéance digestive qui termine l'évolution des deux types précédemment décrits..... 61

Particularités, gros ventre de l'enfant..... 62

Chapitre VII. — La forme du ventre dans les états aigus est d'une variabilité extrême. Au cours de l'état subaigu digestif (embarras gastrique apyrétique), le ventre s'effondre plus ou moins..... 65

Bibliographie..... 67

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.